



181 ¹Isabel Fragoeiro
²Maria Helena Pestana
³Constança Paúl

¹Profesora Adjunta de la Escuela de Enfermería de Madeira, Universidad de Madeira.

²Profesora Auxiliar del Instituto Superior del Trabajo y de la Empresa, Universidad de Lisboa.

³Profesora Catedrática del Instituto de las Ciencias Biomédicas Abel Salazar, Universidad do Porto.

Correspondencia:

Maria Abreu Rodrigues Fragoeiro
 Caminho de Santana nº 40 São Roque 9020-120 Funchal-Madeira
 Tfno.: 965 52 10 34
 E-mail: isabelfragoeiro@hotmail.com

RESUMEN

La salud mental ha sido evaluada de acuerdo con la estructura propuesta por Ware & Veit (1), que incluye una dimensión positiva (el bienestar psicológico) y otra negativa (el distress psicológico). Este estudio piloto tiene como objetivo elaborar un protocolo para tipificar la situación de la salud mental en la población anciana de la región. De los 63 ancianos seleccionados, a los que se les realizó el Mini Mental Health Examination, 47 integran la muestra. Todos tenían 65 años o más y residen en la comunidad. La casi totalidad era independiente en sus actividades básicas cotidianas. La puntuación media obtenida por los ancianos en el Inventario de Salud Mental fue superior a la obtenida por Ribeiro (2) en una muestra de jóvenes portugueses. El protocolo de investigación ha sido el adecuado. Los resultados nos han proporcionado una primera imagen de la salud mental en los ancianos de la RAM.

PALABRAS CLAVE

Ancianos, salud mental, bienestar psicológico, distress psicológico, comunidad.

INTRODUCCIÓN

Reconocida la importancia de la problemática de la salud mental en los ancianos y su asociación con variables físicas y del medio ambiente, pretendemos con este estudio piloto elaborar un protocolo para tipificar desde el punto de vista de la salud mental a los ancianos de la RAM, así como determinar aquellos factores que la influyen positiva o negativamente.

ENVEJECIMIENTO Y SALUD MENTAL

Varía mucho la forma que tienen las personas de adaptarse al envejecimiento (3-7) y a los cambios que durante este proceso suceden inevitablemente.

La salud mental en los ancianos de la Región Autónoma de Madeira. Estudio piloto

23

Mental health of the older people from the self-governing Region of Madeira. Pilot study

Agradezco al Centro de Ciencia y Tecnología de Madeira-CITMA los apoyos prestados para la realización del presente trabajo en el ámbito del POPRAM III, a través de las Becas Individuales para la Formación.

SUMMARY

Mental health was assessed in accordance with the structure proposed by Ware & Veit (1) which considers psychological well-being and distress. The purpose of this pilot study, carried out in Madeira Autonomous Region (RAM), was to validate the research protocol for characterising the mental health of the Region's older people. Sixty three elders were chosen for the Mini Mental Health Examination and 47 of these were included in the sample. All of the people were aged 65 or older and lived in the community. Nearly all of the people could carry out basic daily life activities independently. The average points score found for the Mental Health Inventory shows that the mental health index of these older people is greater than that found by Ribeiro (2) in a sample of young Portuguese people. The research protocol was shown to be suitable. The results have provided us with an initial snap-shot of the mental health of the elders in Madeira.

KEY WORDS

Elders, mental health, psychological well-being, distress, community.

En el proceso de envejecimiento activo (8) se consideran determinantes la cultura y el sexo, así como los factores económicos, sociales, físicos, personales y de comportamiento. Los servicios sociales y sanitarios son también determinantes respecto a las condiciones de salud de los más ancianos.

La OMS (9) considera a los ancianos un grupo de intervención prioritario en lo relativo a la salud mental. La importancia en la intervención se debe situar en la comunidad, previéndose y analizando respuestas más ajustadas al nivel de los cuidados de salud primarios (10, 11).

En la RAM (12) la población anciana ha aumentado progresivamente, tornándose evidente la importancia de

24 desarrollar políticas y analizar respuestas para identificar las necesidades de este grupo de población.

Por otra parte, son conocidos los condicionantes que existen en la identificación de la problemática de la salud mental en el área de los cuidados de salud primarios, que tienen que ver no sólo con factores sociales, sino también sistémicos e individuales (10, 13). Una de las cuestiones relevantes en los ancianos más mayores, independientemente del lugar donde se encuentren, es la relativa a la identificación temprana de los factores de vulnerabilidad y de los síntomas, síndromes y/o perturbaciones psicopatológicas. Se reconoce la dificultad subyacente en la identificación de ciertas formas subsindrómicas o subliminares de perturbaciones psíquicas, a pesar de que se hayan logrado progresos en esta área (14-16).

Los muestreos permiten detectar las diferentes situaciones, lo que es fundamental para elaborar políticas, así como para definir estrategias y programas de intervención específicos más ajustados a las realidades identificadas.

En la investigación que llevamos a cabo, el problema de salud mental fue analizado de acuerdo con la estructura propuesta por Ware e Veit (1), la cual incorpora dos componentes: uno positivo (el bienestar psicológico) y otro negativo (el distress psicológico). Estos componentes engloban respectivamente dos dimensiones positivas (afecto positivo y lazos emocionales) y tres negativas (ansiedad, depresión y pérdida de control emocional/de comportamiento).

La salud mental de los ancianos (17) no es sólo la ausencia de enfermedades o síntomas. Es también un recurso intelectual y emocional que soporta el bienestar personal y fortalece la integración social. Los ancianos, especialmente los más mayores, sufren mucho estrés, que induce al aumento del riesgo de los desórdenes mentales.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL

La mayor vulnerabilidad de los ancianos ante la perturbación psicológica debe ser analizada a la luz de los diferentes factores personales y ambientales que pueden ser considerados como factores de estrés (18). La disminución de las capacidades funcionales, las pérdidas, la disminución de la capacidad económica, el cambio de residencia, de medio (rural, urbano) y estilos de vida funcionan como factores que alteran la vulnerabilidad individual. El bienestar de los ancianos puede estar influenciado por la disminución de las capacidades cognitivas y afectivas, y no es sorprendente que la vejez se asocie más a un menor bienestar que en las otras etapas de la vida. Por otro lado, algunos estudios (5, 19) muestran que los ancianos, en comparación con los jóvenes, tienen niveles más altos de bienestar.

Las relaciones sociales pueden constituir experiencias importantes para la salud y el desarrollo en la vejez (20). Acontecimientos en la vida como la jubilación, el cambio de residencia o la viudez pueden alterar el bienestar personal (21).

En la vejez, unas capacidades básicas y amplias, un estatus socioeconómico alto y la integración social son factores de éxito en la vida, son fuente de satisfacción y autoestima. A pesar de todo, existe un aumento del riesgo de limitación y pérdida de salud y capacidad en la red social y en el ámbito financiero (19).

La incapacidad física aparece frecuentemente a medida que aumenta la edad (22). La depresión tardía y la ansiedad surgen asociadas a la incapacidad. El declive de las capacidades diarias es un factor de riesgo que conduce al agravamiento de los síntomas depresivos y a la depresión, y es el vaticinio del declive del funcionamiento saludable (24, 25).

En el ámbito del Eurodep (26, 27) se concluyó que la asociación entre salud física, incapacidad y síntomas depresivos en edad avanzada es una realidad en Europa Occidental.

Las perturbaciones depresivas son relativamente comunes (22) en la personas mayores, estimando que cerca de ocho millones de europeos con 65 años o más sufren formas potencialmente tratables de depresión (14). Sin embargo, por distintas razones no suelen ser reconocidas como tratables (14) incluso por parte de los profesionales sanitarios. Sólo un 20% de los casos es detectado y tratado (24).

METODOLOGÍA

Los datos de este estudio fueron obtenidos mediante un cuestionario dirigido a la población anciana de la RAM.

Inicialmente se extrajeron aleatoriamente y por estratos 88 personas con 65 años o más de ambos sexos a través de la Tarjeta Sanitaria del Servicio Regional de Salud E.P.E. (SRS E.P.E.), en el cual había inscritos hasta la fecha de la selección 36.291 ancianos de la RAM. El acceso a la base de datos obtuvo la aprobación de la Comisión de Ética SRS E.P.E. y del respectivo Consejo de Administración. Los ancianos fueron contactados por las enfermeras de los centros de salud de varios concejos de la RAM entrenadas en la aplicación del protocolo. De aquellos, 25 (28,4%) no participaron por diversas razones. De los 63 restantes, 16 (25,4%) no integraron la muestra por presentar defectos cognitivos. Se efectuaron entrevistas mediante la presentación de un cuestionario a aquellos que aceptaron participar. Se respetaron los principios éticos inherentes a la investigación con personas y se obtuvo el consentimiento, una vez informados, de todos los ancianos.

La muestra quedó constituida por 47 personas, 23 hombres y 24 mujeres de los diferentes concejos de la RAM, todas residentes en la comunidad. La distribución por franjas de edad fue la siguiente: 65-74 años, 17 hombres y 18 mujeres; 75-84 años, 15 hombres y 14 mujeres; edades \geq 85, 12 hombres y 12 mujeres.

Los datos biográficos incluyeron la edad, sexo, estado civil, residencia, situación relativa al trabajo y el nivel de escolaridad. Para evaluar la capacidad cognitiva utilizamos el Mini Mental State Examination (MMSE) (28, 29). Fue



183 el primer instrumento que se aplicó a los ancianos, diferenciándoles según el nivel de escolaridad y su capacidad cognitiva. Se usaron los siguientes puntos de corte (29): analfabetos: defecto cognitivo ≥ 15 ; 1 a 11 años de escolaridad: defecto cognitivo ≥ 22 ; superior a 11 años de escolaridad: defecto cognitivo ≥ 27 . Estos puntos de corte se consideraron como criterios de inclusión de los ancianos en nuestro estudio. La clase social se determinó a partir de la Clasificación Social de Graffar (30), que se basa en la profesión, nivel educativo, ingresos y residencia. Cada uno de los criterios se puntuó en una escala del 0 al 5, obteniéndose la clasificación para cada persona con el sumatorio de las puntuaciones de los diversos criterios. Para puntuar en los criterios 1, 2, y 3 debe considerarse el elemento de la pareja con mayor nivel de clasificación. Las personas se clasificaron de la siguiente manera: Clase I - de 4 a 7 puntos - alta; Clase II - de 8 a 10 puntos - media alta; Clase III - de 11 a 13 puntos - media; Clase IV - de 14 a 16 puntos - baja; Clase V - de 17 a 20 puntos - muy baja.

La red social se evaluó con la Lubben Social Network Scale (LSNS) (31). La escala incorpora diez ítems relativos: las relaciones familiares (tres); las relaciones de amistad (tres); y otras relaciones independientes (cuatro). La puntuación total de esta escala se obtuvo con el sumatorio de peso igual (0 a 5) atribuido a los diez ítems que la componen. La puntuación varía entre 0 y 50. El 20, según Lubben (1988), se puede considerar como punto de corte, por debajo del cual los ancianos están en mayor riesgo de tener redes sociales extremadamente limitadas.

La salud mental se determinó con la aplicación del Mental Health Inventory (MHI) (1, 2). El inventario engloba treinta y ocho ítems de respuesta ordinal de cinco o seis puntos que se agrupan en cinco dimensiones, tres negativas y dos positivas. La puntuación total del instrumento resulta del sumatorio de los valores brutos de los ítems que lo componen. Algunos ítems tienen puntuaciones invertidas. Puntuaciones más altas se corresponden con mejor salud mental. Las puntuaciones varían entre 38 y 226.

La capacidad funcional se evaluó con el Katz Índice (32), en el que se contemplan seis Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD) en las cuales se admiten dos niveles diferentes en cuanto a la capacidad que el anciano tiene para satisfacerlas, el independiente y el dependiente, siendo este último el que sin ayuda de terceros el anciano se ve imposibilitado para satisfacerlas.

Se aplicó el Instrumental Activities of Daily Life scale (IADL) (33, 34) para determinar el nivel de autonomía instrumental. El IADL está constituido por ocho cuestiones relacionadas con un conjunto de actividades habituales en el día a día de los ancianos.

RESULTADOS

Sólo 47 ancianos integraron la muestra definitiva. En ésta había un 56,9% de analfabetos. Respecto al estado ci-

vil, un 48,9% estaban casados, observándose que los hombres en esta situación eran más numerosos que las mujeres. De los ancianos, un 72,3% estaban jubilados, predominando en ambos sexos y en las tres franjas de edad.

Los ancianos pertenecían a las siguientes clases sociales: Clase II - 3 hombres y 1 mujer; Clase IV - 5 hombres y 7 mujeres; Clase V - 15 hombres y 16 mujeres.

La puntuación media obtenida en la LSNS fue de 29,3, con un desvío del padrón de 8,4. Las puntuaciones medias más altas representan redes sociales más amplias. Por sexos, la puntuación media del femenino fue de 31,4, con un desvío del padrón de 6,7; y la del masculino, de 27,2, con un desvío del padrón de 9,5. Los ancianos casados obtuvieron puntuaciones medias más altas (29,0 hombres, con desvío del padrón de 9,8; y 35,7 mujeres, con desvío del padrón de 7,8) en comparación con los viudos (23,3 hombres, con desvío del padrón de 6,1; y 29,7 mujeres, con desvío del padrón de 7,8).

En la evaluación de la Salud Mental se obtuvo una puntuación media para el MHI de 169,9, con un desvío del padrón de 29,2. Esta puntuación fue superior a la obtenida por Ribeiro (2) en los jóvenes estudiantes portugueses (150,7) de enseñanza secundaria y universitaria y reveló un nivel medio de salud mental superior y positivo en los ancianos estudiados.

En las ABVD, la casi totalidad de las personas eran independientes (sólo un anciano era dependiente en tres actividades). En la mayoría de los ítems de la IADL, la mayoría de los ancianos era autónomo: el 83,0% tomaba sus medicamentos en las dosis y a las horas correctas; el 61,7% se trasladaba solo en los medios de transporte públicos; el 53,2% gestionaba su dinero totalmente; el 53,2% planeaba, preparaba y servía comidas adecuadas; el 36,2% realizaba solo pequeñas compras y el 44,7% realizaba solo todas las compras necesarias; el 27,7% sólo realizaba pequeñas tareas diarias leves, pero el 48,9% realizaba todas las tareas con ayuda ocasional en las tareas pesadas. En el uso del teléfono, los porcentajes de las respuestas de los ancianos fue superior (31,9%) en los ítems atiende al teléfono pero no realiza llamadas y atiende el teléfono, busca y llama a números de teléfono. Fue en relación a ocuparse/lavar la ropa que se observó una mayor dependencia de otras personas: un 48,9% de los encuestados decía que de la ropa se ocupaban otros. En la mayoría de los ítems relativos a la autonomía instrumental, las mujeres presentaron una mayor autonomía en comparación con los hombres. En las tres franjas de edad, fue en la de las personas con edad ≥ 85 años en la que se observó una mayor dependencia.

DISCUSIÓN

En la muestra se verificó un predominio de los hombres casados en todas las franjas de edad. En el sexo femenino, las mujeres viudas estaban más representadas. Los hombres presentaban redes sociales más limitadas en comparación con las mujeres y mostraban una menor auto-

26 mía instrumental. El matrimonio puede ser un soporte fundamental para el sexo masculino o eventualmente una variable de confusión, admitiendo que las mujeres realizaban las tareas por los hombres, lo que no significa que éstos no fueran capaces de realizarlas.

Los resultados nos permitieron comprobar que el 25,4% de los 63 ancianos a los que les fue aplicado el MMSE presentaban defecto cognitivo. No se contemplaba en este estudio la incorporación de ancianos con estas características, pero se manifiesta no obstante, la importancia de realizar otros estudios que posibiliten un conocimiento más profundo sobre sus necesidades respecto a la salud mental.

Comprobamos que los ancianos tienen niveles de escolaridad bajos y pertenecen mayoritariamente a las clases sociales bajas o muy bajas. Estas características pueden reflejarse de forma no muy positiva en la salud mental. A pesar de que la mayoría de las personas encuestadas está jubilada, tienen redes sociales bastante extensas, que son posiblemente un soporte importante.

La casi totalidad de las personas era independiente en las ABVD y la mayoría eran autónomas en las IADL. El sexo masculino presentó porcentajes y niveles de autonomía algo inferiores, observándose lo mismo en edades más avanzadas. Estos resultados pueden relacionarse con factores culturales. En la comunidad maderense, los hombres

con edades más avanzadas no suelen realizar las actividades domésticas. Una ligera disminución en la autonomía en ambos sexos en edades más tardías se puede tal vez relacionar con el inicio de algunas limitaciones que tienen lugar cuando aumenta la edad. 184

En este estudio comprobamos que los ancianos presentaban valores medios en la evaluación de la salud mental superiores a los presentados en una muestra de jóvenes estudiados por Ribeiro (2). Hay que subrayar que no participaron ancianos con defecto cognitivo y que la mayoría tenía niveles de autonomía física e instrumental altos, que favorecen el mantenimiento del bienestar y de la salud mental en las edades tardías. Estudios previos (5, 19) comprobaron que algunos ancianos presentaban niveles de bienestar y satisfacción con la vida superiores a los presentados por personas más jóvenes.

Por el tamaño pequeño de la muestra de este estudio, se convierte en fundamental la realización del estudio principal proyectado, en el cual las mismas variables serán objeto de un estudio más profundo, lo que nos proporcionará la posibilidad de extraer conclusiones más consistentes.

El protocolo de investigación ha sido el adecuado, aunque necesita pequeñas adaptaciones. Los resultados de este estudio piloto nos han proporcionado una primera imagen de la salud mental de los ancianos de la RAM.

BIBLIOGRAFÍA

1. Veit C, Ware J. The structure of psychological distress and well-being in general population. *J Cons Clin Psychol* 1983; 51 (5): 730-42.
2. Ribeiro JLP. Mental Health Inventory: Estudio de adaptación a la población portuguesa. *Psicología, Salud y Enfermedades* 2000; 2 (1): 77-99.
3. Baltes P, Baltes M. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: University Press; 1993.
4. Baltes P, Freund AM. Selection, optimization and compensation as strategies of life management correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychol Aging* 1998; 13 (49): 531-43.
5. Coleman P. Adjustment in later life. In Bond J, Coleman P. editors. *Ageing in society. An introduction to social gerontology*. London: Sage Publications Ltd.; 1990. p. 89-122.
6. Fonseca MF. *Desarrollo Humano y Envejecimiento*. Lisboa: Climepsi Editores; 2004.
7. Silva MED. Salud mental y edad avanzada. In Paúl C, Fonseca MF. (coor.). *Envejecer en Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores; 2005. p. 137-56.
8. World Health Organization. *Active Aging - A Policy Framework*. Geneva: WHO; 2002.
9. Organización Mundial de la Salud - Informe Mundial de Salud 2001: Salud Mental: Nueva Concepción, Nueva Esperanza. Ministerio de Salud - Dirección General de Salud: Lisboa; 2001.
10. World Health Organization. *Strengthening mental health promotion*. Geneva: WHO (Fact sheet, N° 220); 2001.
11. Paúl C, Fonseca AM. *Envejecer en Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores; 2005.
12. Región Autónoma de Madeira. Secretaría Regional de Asuntos Sociales. *Plan Regional de Salud 2004-2010*. Funchal: SRAS; 2003.
13. Tansella M, Thornicroft G. *Perturbaciones mentales comunes en los cuidados primarios*. Lisboa: Climepsi Editores; 2001. Copeland JR. Depression of older age. Origins of the study. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 304-6.
14. Copeland JR. Depression of older age. Origins of the study. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 304-6.
15. Prince MJ, Reischies F, Beekman ATF, Fuhrer R, Jenker C, Kivela SL, et al. Depression symptoms in late life assessed using the EURO - D scale. Effect of age, gender and marital status in 14 European centres. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 339-45.
16. Prince MJ, Beekman ATF, Deeg DJM, Fuhrer R, Jonker C, Kivela SL, et al. Development of Euro-D scales. A European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European Centres. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 330-8.
17. Heikkinen RL. *Mental health of older people*. WHO. European Ministerial Conference of Mental Health. Facing the challenges, Building solutions; 2004.
18. Goldberg D, Huxley P. *Perturbaciones mentales comunes: Un modelo psico-social*. Lisboa: Climepsi Editores; 1996.
19. Pinquart M, Sorensen S. Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychol Aging* 2000; 15 (2): 187-207.
20. Antonucci TC. Social relations an examination of social networks, social support, and sense of control. In Birren JE, Schaie KW. *Handbook of psychology of aging*. 5^a ed. London: Academy Press; 2001. p. 427-45.
21. Vandenbos, G. Life-Span developmental perspectives on aging: An introductory overview. In Nordhus I, Vandenbos G, Berg S, Fromholt F. editors. *Clinical geropsychology*. Washington: American Psychological Association; 1998.
22. Lenze EJ, Rogers JC, Martire LM, Mulsant BH, Rollman BL, Dew MA, et al. The association of late life depression and anxiety with physical disability. *Am J Psychiatry* 2001; 9: 113-35.
23. Prince MJ, Harwood RH, Thomas A, & Mann AH. (1997a). Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychol Med* 1997; 27: 311-21.



- 185
24. Cole GM, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: Systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1147-56.
 25. Gallo JJ, Rebok GW, Tennstedt S, Wadley VG, Horgs A, & the advanced cognitive training for independent and vital elderly (active) study investigators. Linking depressive symptoms and functional disability in late life. *Aging & Mental Health* 2003; 7 (6): 469-80.
 26. Blazer, D. Eurodep consortium and late-life depression. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 307-11.
 27. Braam AW, Prince MJ, Beekman ATF, Delespaul P, Dewey ME, Geerlings SW, et al. National context of healthcare, economy and religion, and the association between disability and depressive symptoms in older Europeans: Results from Eurodep concerted action. *Eur J Ageing* 2004; 1: 26-36.
 28. Folstein MF, Folstein, SE, Mchugh PR. Mini Mental State, a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975; 12: 189-98.
 29. Guerreiro M, Silva AP, Botelho MA, Leitão O, Castro-Caldas A, Garcia C. Evaluación Breve del Estado Mental. In Leitão OR, Nina A, Monteiro I. Grupo de estudio de envejecimiento cerebral y demencias. Escalas y test en la demencia, Lisboa; 2003. p. 27-32.
 30. Graffar M. Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier* 1956; 6: 455-59.
 31. Lubben N. Assessing social network among elderly population. *Family Commun Health* 1988; 11: 42-52.
 32. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL; a standard measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185: 914-9.
 33. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-86.
 34. Botelho MAS. Autonomía funcional en ancianos. Porto: BIAL; 2000.
- 27